

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla.

Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

El Condado aplicó incorrectamente reglas de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) relacionadas a actividades del programa para la transición de la asistencia pública al trabajo ("welfare-to-work"). Para corregir este problema, hemos quitado su sanción para el período de _____ a _____.

Usted no quiere recibir pagos retroactivos de asistencia monetaria para estos meses. Por esa razón, los meses no contarán en el límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs.

Usted quiere recibir pagos retroactivos de asistencia monetaria para los meses en los que tuvo la sanción. Debido a que usted quiere esta asistencia retroactiva, estos meses contarán en el límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs.

Su asistencia monetaria retroactiva se calcula en la siguiente página.

Pronto le enviaremos un cheque.

Su cheque se adjunta.

\$ _____ de su asistencia monetaria retroactiva se usará para pagar su saldo existente de un pago excesivo. De acuerdo con la ley, tenemos que usar la asistencia monetaria retroactiva para reembolsar los pagos excesivos.

Si usted recibe estampillas para comida, contaremos su asistencia monetaria retroactiva como un recurso, pero no como ingresos. No contará como ingresos ni como un recurso durante el mes en el cual se recibe.

Es posible que reciba otra notificación del Programa de Estampillas para Comida.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-700.